111

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Février 1908, à 1 heure

PAR

André CRAMER

Officier de l'Instruction Publique

Lithotritie ou Prostatectomie ?

Président : M. ALBARRAN, *professeur*

Juges { MM. BAR, *professeur*
MARION, *agrégé*
BRINDEAU, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME BIEN-AIMÉE
témoin et soutien de mon labeur

A MES ENFANTS CHÉRIES
ANDRÉE ET YVONNE

Je dédie cette thèse, couronnement d'études qui me furent chères.

Lithotritie ou Prostatectomie?

AVANT-PROPOS

Dans ces modestes pages nous n'avons pas la prétention de faire l'étude complète de la lithotritie et de la prostatectomie. — Ce sujet, beaucoup trop vaste, n'est pas fait pour entrer dans le cadre naturellement restreint d'un travail comme celui-ci. — Le seul but que nous nous proposions est de rechercher les cas dans lesquels *un calculeux*, justiciable de l'une ou l'autre de ces deux opérations, peut plus particulièrement bénéficier de l'une d'elles.

La lithotritie est une vieille et merveilleuse méthode qui a fait ses preuves ; la prostatectomie, sa cadette, possède à son actif les plus encourageants succès. Mais cette dernière opération, jusqu'ici réservée aux hypertrophies de la prostate, vient d'entrer depuis quelques années dans une nouvelle voie : nous entendons par là qu'elle tend à se faire systé-

matiquement en vue de la cure calculeuse. C'est ce point très spécial que nous voulons essayer de justifier et de mettre en lumière en comparant la prostatectomie à la lithotritie.

Nous nous sommes dans ce but inspiré des meilleurs travaux, nous avons puisé aux sources les plus autorisées, et nous nous sommes notamment appuyé sur les résultats opératoires si probants du Dr Cathelin, chirurgien en chef à l'Hôpital d'Urologie, à qui nous devons l'idée de cette thèse. Il a bien voulu mettre à notre disposition, outre ses sages conseils, ses observations personnelles, presque toutes inédites.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre très vive gratitude et de notre affection pour l'intérêt tout particulier qu'il nous a témoigné, aussi bien pendant l'année de notre stage spécial dans le service du professeur Guyon, que depuis, au cours de nos études.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons aussi à remercier tous ceux qui nous ont instruit et qui ont guidé nos pas dans ce vaste domaine de la médecine.

C'est, à l'origine, M. le Professeur Reclus, de l'Académie de Médecine, dont nous avons suivi la clinique comme bénévole à Laënnec et plus tard les inoubliables leçons à la Faculté et à la Charité. En toute occasion il nous donna des marques d'une bienveillance dont nous restons profondément touché.

Puis ce sont successivement :

M. le Professeur agrégé Fernet, de l'Académie de Médecine. Notre année de stage médical passée à Beaujon dans le service de ce maître incomparable, a laissé dans notre cœur une empreinte que rien ne saurait effacer. Mais nous lui devons plus encore : nous lui devons la vie. Il nous soigna avec un si grand dévouement, et dans des circonstances telles, que nous ne l'oublierons jamais.

M. le Professeur agrégé Tuffier, dans le beau service duquel nous faisions notre deuxième année de stage chirurgical à Beaujon, et qui ne cessa de nous prodiguer son affable et bienveillant intérêt.

M. le Professeur Pinard, de l'Académie de Médecine, — dont l'enseignement magistral et prestigieux a une si haute portée morale, — qui voulut bien nous accorder, à Baudelocque, les facilités de travail les plus grandes, non seulement pendant notre stage d'accouchement, mais encore en fin de nos études médicales.

M. le Professeur Guyon, de l'Institut et de l'Académie de Médecine, dont les leçons cliniques à Necker ont produit sur nous une si profonde impression, et qui sut nous faire entrevoir tout l'intérêt qu'un médecin praticien pouvait avoir à se familiariser avec la pratique urologique.

A ce maître éminent nous désirons rendre un très respectueux et tout spécial hommage.

En dehors des services hospitaliers, nous n'aurions garde d'oublier plusieurs noms qui nous sont

chers : Déjerine, Quénu, Gréhant, Reynier, Cleisz.

M. le Professeur Déjerine se montra d'une si réelle bonté pour nous dans une circonstance douloureuse, que sa mémoire restera gravée dans notre cœur.

M. le Professeur Quénu, depuis notre première année de dissection à Clamart, nous suivit, nous conseilla, nous appuya toujours avec une telle constance, une si vive sollicitude, une telle autorité, que nous croirions manquer à tous nos devoirs si nous ne l'en remerciions pas ici-même.

M. le Dr Gréhant, de l'Académie de Médecine, professeur au Muséum, savant aussi illustre que modeste et pour qui nous professons la plus grande admiration, nous réserva un accueil si constamment affectueux en son laboratoire de recherches physiologiques, que nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de lui en témoigner notre très respectueuse reconnaissance.

Nous associons dans le même sentiment de gratitude M. le chirurgien Reynier, de l'Académie de Médecine, dont les relations cordiales et empreintes d'une si franche aménité furent pour nous le plus doux des encouragements.

Quant à notre vieil ami, le Dr Cleisz nous lui devons tant et de si bonnes choses, notre existence fut toujours liée si étroitement à la sienne, que nous ne pouvons résister à la joie de lui affirmer publiquement toute l'affection que nous lui portons, et qui ne s'éteindra qu'avec nous.

Enfin à tous nos maîtres, dont nous nous honorons

d'être l'élève : Cornil, Gautier, Lannelongue, Richet, Gilbert, Raymond, Blanchard, Thoinot, Comby, Moutard-Martin, Launois, Faure, Gosset, Rieffel, Wallich, Gley, Chassevant, Convelaire, Duval, Auvray, Cunéo, Genonville, Nicloux, Savariaud, Labey, Pasteau, Terrien, Laurens, Gasne, Bourguignon, Chevassu et tant d'autres, qui ne nous ont ménagé ni leur haut savoir, ni leurs bons avis, et dont nous avons reçu les plus précieux enseignements soit en suivant leurs cours, soit en fréquentant leurs services, nous adressons l'expression de notre reconnaissance la plus émue.

Que M. le Professeur Albarran, qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse, daigne recevoir la respectueuse assurance de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude de la lithotritie et de la prostatectomie, il nous paraît utile d'exposer brièvement le mode de formation des calculs vésicaux. Cet exposé préalable, examiné chez l'enfant, la femme et l'homme, nous permettra d'éliminer les cas où la lithotritie s'impose seule incontestablement comme moyen de traitement rationnel. D'autre part, nous pourrons exclure, chemin faisant, les cas où on devra avoir recours à un autre procédé opératoire, comme, par exemple, la taille sus-pubienne.

On sait aujourd'hui que nombreuses sont les substances qui, par leur précipitation en un point quelconque de l'appareil urinaire, peuvent former des calculs. Ces derniers sont constitués, tantôt d'une seule de ces substances, on les dit alors simples, tantôt d'un mélange à différentes proportions, on les dénomme calculs composés.

On trouve à l'analyse par ordre de fréquence :

Les urates et l'acide urique ;

L'oxalate de chaux ;

Les phosphates terreux } principalement
Les carbonates terreux } de chaux.

Plus rarement on rencontre :

La cystine ;
La xanthine ;
L'indigo ;
Les substances albuminoïdes ;
La cholestérine ;
Les savons ;
L'urostéalithe ;

Les substances du premier groupe seront les seules dont nous nous occuperons ; les autres n'étant guère que des curiosités scientifiques qui n'intéressent que les chimistes. On trouve rarement ces dernières à l'état pur ou en grande quantité : elles forment le plus souvent de microscopiques cristaux ou d'infimes concrétions amorphes.

Et d'abord comment se forment les calculs dans chacun des cas particuliers que nous nous proposons d'examiner ?

Chez l'enfant la lithiase vésicale n'est pas une rareté. Hache, professeur à l'Ecole de Médecine de Beyrouth, en signale quarante cas, qu'il a opérés. Le Dr Preindsberger, chirurgien en chef de l'hôpital de Sarajevo (Bosnie-Herzégovine) a publié une statistique imposante de ces pierres vésicales chez l'enfant, d'où il ressort qu'elles sont surtout fréquentes dans les pays montagneux.

Ces calculs sont uriques ou oxaliques. Ils rentrent dans le cadre des calculs primitifs que Guyon a fort bien caractérisés en les appelant *calculs d'organisme*. Ils dépendent de la précipitation des acides urique

ou oxalique que l'économie produit en excès. Quelquefois cependant ils sont grossis de phosphates qui se sont précipités secondairement.

Quel traitement doit-on proposer ?

Certainement pas la prostatectomie. D'abord parce que la prostate ne saurait être en cause à cet âge et qu'une pareille opération aboutirait à une véritable castration.

La lithotritie ?

Oui, toutes les fois qu'elle ne sera pas impossible ni trop incertaine. Au-dessous de cinq ans, l'urètre de l'enfant ne permet pas aisément de passer le lithotriteur même n° o. Si l'on avait réussi à l'introduire, il serait à craindre que l'engravement des branches ou des mors ne pût déterminer des déchirures urétrales à la sortie. D'ailleurs il n'y a pas grand intérêt à se trouver aux prises avec les difficultés très réelles du broiement d'un calcul oxalique, capable de rompre un mors si grêle sur une pierre aussi réfractaire.

On pourrait, il est vrai, détourner cette difficulté en pratiquant une boutonnière périnéale permettant le passage d'un lithotriteur plus gros et plus résistant ; mais, à faire tant que de prendre le bistouri en main, il semble plus indiqué de pratiquer la taille sus-pubienne, qui ne présente guère plus de dangers.

Hache préconise : « La taille hypogastrique chez les enfants au-dessous de cinq ans. (De cinq à quinze ans sa supériorité sur la lithotritie décroît à mesure qu'augmente le calibre de l'urètre.) » Cette opinion,

résultat d'une grande expérience, doit être considérée comme la meilleure.

La femme est plus privilégiée que l'homme, la petite fille plus que le petit garçon : on rencontre en effet 5691 hommes calculeux pour 309 femmes (Civiale), 5 petits garçons pour 1 petite fille. Sur les 19 observations de Cathelin que nous citons, on ne relève que 1 cas concernant une femme.

Cette moindre fréquence des calculs vésicaux chez la femme tient sans doute, en premier lieu, à ce que les échanges nutritifs doivent se faire plus complètement ; ou du moins, ils ont plus rarement comme résultat de se traduire par un excès d'acide urique ou oxalique dans les urines. La gravelle est une affection qui frappe le plus souvent le sexe fort.

D'un autre côté, la lithiase vésicale secondaire (celle qui provient de l'infection et de la rétention sur lesquelles nous reviendrons plus loin) a bien des raisons de ne se montrer qu'exceptionnellement. S'il est vrai que, en raison de la brièveté de l'urètre féminin, les microbes pullulent à la vulve, peuvent pénétrer facilement dans la vessie, il ne faut pas cependant se hâter de conclure que la cystite soit fréquente. On peut observer assez souvent la fermentation ammoniacale des urines dans la vessie sans que cette dernière présente de lésions. Ce phénomène peut n'être que passager ; s'il paraît tenace, les lavages ou les instillations antiseptiques auront tôt fait, dans la majorité des cas, de les faire disparaître.

On admet généralement que les procédés de désinfection de la vessie sont plus efficaces chez la femme ; il est vraisemblable de croire que cette supériorité tient à la facilité d'une évacuation complète. La femme, ne pouvant être atteinte de cette véritable infirmité que constitue l'hypertrophie de la prostate, n'a pas à l'extrémité de son urètre profond cette barrière qui ferme sa vessie et crée en elle un bas fond intarissable.

D'autre part, cette vessie, qui n'a pas à lutter contre cet obstacle constant, ne saurait devenir « asystolique » et céder à la dilatation.

A moins qu'une paralysie vésicale ou une cystocèle n'adviennent, les conditions d'évacuation sont en général infiniment plus parfaites.

Si malgré ces conditions favorables, il se produit un calcul ; si ce calcul ne s'est pas éliminé au début par un urètre largement perméable et court, comment devons-nous le traiter ?

Par la lithotritie indiscutablement dans l'immense majorité des cas.

Chez l'homme adulte c'est ordinairement vers la quarantaine que paraît la lithiase primitive. Très souvent elle ne dépasse pas l'état pathologique qu'on nomme la gravelle et qui s'accompagne de crises, de coliques néphrétiques et de débâcles de sable urinaire. Souvent aussi elle ne nécessite point l'intervention d'un chirurgien pour broyer ou enlever des calculs, qui n'atteignent pas de telles dimensions qu'ils ne puissent sortir de la vessie. Les gra-

viers s'éliminent dans la miction, et le malade habitué à les voir au fond de son vase ne s'effraie pas outre mesure.

Mais si cette élimination spontanée ne se produit pas — « *qui ne charrie pas, bâtit* », a dit Guyon — les choses se passent tout autrement. Ces petites concrétions, séjournant dans la vessie, vont faire la boule de neige. Elles serviront en quelque sorte de noyau de cristallisation à la solution sursaturée qu'est l'urine de ce ralenti de la nutrition ; et, sur ce noyau apparaîtront des strates concentriques dont le diamètre sera toujours plus grand, jusqu'au moment où le calcul constitué révèlera sa présence par toute cette symptomatologie, parfois si douloureuse, de la pierre.

On peut se demander pourquoi tel n'aura jamais dépassé le stade des mictions graveleuses, tandis que tel autre fera d'emblée un calcul, urique par exemple (1). Les épithètes de prostatique et de calculeux ne sont pas une antinomie. On serait tenté de penser que l'obstacle prostatique même léger, pourrait être un facteur, et non des moindres, de cette différence. — Quoi qu'il en soit, en ces cas de lithiase primitive, le meilleur est encore d'y remédier par la lithotritie, et, secondairement, par un régime approprié au ralentissement des échanges nutritifs.

---

1. Observation XI de lithotritie (Cathelin).

Si le sujet est vigoureux, si l'urètre est largement perméable et dans toute son étendue, si la prostate paraît peu développée au toucher et peu surélevée sur le plan vésical à la cystoscopie, si la vessie est dans un état satisfaisant et que les calculs soient de moyenne grosseur : on procède à une lithotritie idéale défiant toutes les autres opérations autant par sa bénignité absolue que par la perfection de ses résultats. (Voir les observations de lithotritie de Cathelin I, II, III, IV, IX, X, XI.

Le bistouri doit presque toujours céder le pas au lithotriteur en cas de lithiase vésicale primitive, parce qu'on se propose de traiter davantage le résultat d'une maladie d'organisme qu'une maladie d'organe. Le malade n'est avant tout qu'un ralenti de la nutrition, et le rôle étiologique joué par sa vessie ou sa prostate ne saurait être mis en cause dans son affection. Ce qui tendrait à le démontrer c'est que les phénomènes du prostatisme ont souvent fait défaut dans les antécédents qui ont précédé les symptômes calculeux.

Si cependant avant l'époque probable de la formation de la pierre, on avait pu constater la fréquence des mictions surtout nocturnes, la moindre force du jet, la lenteur de *la mise en train* pour uriner, si en un mot il s'agissait d'un prostatique au premier degré doublé d'un calculeux primitif, on ne devrait pas pour cela se faire un devoir de pratiquer la prostatoctomie (1).

1. Observation XII de lithotritie.

Dans ces cas de calculs primitifs des prostatiques de la première période, après le broiement et l'évacuation, il est vraisemblable de penser que tout rentrera dans l'ordre. On peut objecter, il est vrai, que la vessie, chez ce genre de malades, privée d'un corps étranger qui l'excite par des contacts et des offenses multipliés, ne se contractera pas toujours aussi bien après l'intervention. On aura ainsi parfois fait disparaître une pierre au prix d'une rétention.

Mais est-on en droit d'affirmer qu'après cette lithotritie le malade sera condamné à la sonde pour évacuer sa vessie ? Il est plus sage d'espérer que les mictions spontanées reviendront complètes et que la paresse vésicale, si elle apparaît, ne sera que passagère (1).

Genouville a montré (nous y reviendrons plus loin) que, au premier degré du prostatisme, la contractilité vésicale n'était nullement diminuée, peut-être même est-elle plus puissante. Il y a là un phénomène analogue à l'hypertrophie compensatrice du myocarde succédant aux lésions valvulaires, mais moins accusé cependant. Tant que la puissance contractile de la vessie compense à peu près la résistance de l'obstacle prostatique, il ne peut y avoir lieu de supprimer ce dernier.

A côté de cette lithiase d'organisme, parfois si rebelle aux traitements médicaux qui s'efforcent de

---

1. C'est ce que montre en particulier l'observation IX de lithotritie.

stimuler une nutrition ralentie, il en est une autre toute différente, du moins quant à ses causes. On dit qu'elle est *secondaire ou d'organe* (Guyon).

Toutes les fois que la vessie est le siège d'une infection simple ou compliquée de rétention, on constate qu'il s'y produit des précipitations (obs. lithot. VI, VII, XIII, XIV ; obs. prostat. I, III, V). Le plus souvent ce sont les sels minéraux qui précipitent ; de même dans la lithiase primitive ce sont les acides ou les sels organiques.

On sait que la sonde à demeure gardée deux ou trois jours par un individu, non infecté, ne s'incruste presque point ; tandis que, d'un jour à l'autre, l'on est obligé de changer la sonde d'un infecté qui s'obstrue de concrétions adhérentes.

A la faveur de l'infection l'urine devient fortement ammoniacale (obs. I et V de prostatect. de Cathelin). D'acide qu'elle était, elle devient alcaline et détermine par cette transformation la précipitation des phosphates et même des carbonates, solubles en milieu acide. L'excès de l'ammoniaque se combine au phosphate de magnésie pour constituer le phosphate ammoniaco-magnésien, insoluble (obs. II et V de prostatect.). Tous ces sels dans leur précipitation prennent pour substratum de petits lambeaux d'épithélium desquamé ou de vrais petit noyaux microbiens. On constate le curieux phénomène du développement de la matière brute sur des débris organisés.

Si l'on joint à cela que la vessie ne se vide pas

complètement, et, que derrière la prostate hypertrophiée se trouve un bas fond, véritable réservoir de stagnation où viennent se solidifier les sels dissous de l'urine, on conçoit avec quelle rapidité doivent se former les calculs secondaires et quelles difficultés on aurait à vouloir arrêter leur développement.

On pourrait presque dire qu'une vessie de rétentionniste infecté est une véritable source pétrifiante.

Le professeur Albarran nous apprend à ce sujet : « Nous avons à Necker de vieux prostatiques, vrais abonnés de la lithotritie, qui viennent tous les ans ou tous les deux ans se faire casser leurs pierres : ils trouvent plus commode d'agir ainsi que de prendre les précautions minutieuses que nous leur prescrivons pour éviter la récidive. » L'observation I de prostatectomie en est le plus bel exemple.

Ainsi donc, il existe une lithiase urinaire secondaire qu'explique l'état local du réservoir urinaire et qui évolue avec la plus grande rapidité chez tous ceux qui réalisent la double condition d'être rétentionnistes et infectés.

Si une fois encore, un de ces *vrais abonnés de la lithotritie* venait demander un nouveau broiement, devrait-on obtempérer à son désir sans restriction ?

Il a été dit plus haut que le lithiasique primitif était avant tout calculeux par ralentissement de la nutrition. Le malade actuel n'a de pathologique que sa vessie et aussi sa prostate. Il fait de l'infection vésicale, à laquelle s'associe fréquemment la rétention,

et la pierre dont il souffre n'est que le résultat de cet état.

Pratiquer chez lui une lithotritie, c'est guérir le résultat d'un mal qu'on n'atteint pas ; on devrait cependant pouvoir l'atteindre parce qu'il est local. On admet, au contraire, qu'il est dans chacune des cellules de l'économie dans la lithiase primitive.

En s'aidant cependant de la sonde à demeure et des lavages, de l'urotropine et des instillations, on pourra espérer une notable amélioration ; et, après une opération aussi bénigne qu'est la lithotritie, le malade partira dans un état de quasi-guérison, surtout si l'infection a été réduite à néant. (Obs. VI et XIII de lithotritie.)

Mais comment obtenir de lui *les précautions minutieuses prescrites pour éviter les récidives ?* Habituellement le cathétérisme des prostatiques est rarement irréprochablement pratiqué par eux. La main de ces malades est habile et expérimentée — quantité se disent aussi adroits que leur médecin — ; mais les soins préalables concernant la propreté méticuleuse des mains, de la sonde, de l'huile et de l'urètre laissent souvent à désirer. Les accidents d'orchite, qui n'ont d'autre origine que l'infection par la sonde, en sont le meilleur témoignage (obs. I, de prostatect.)

Toutes les précautions, tant recommandées par le médecin, sont assez compliquées et d'une réalisation assez difficile ; aussi, après quelques mois d'une observation plus ou moins rigoureuse, sont-elles

souvent complètement délaissées (voir obs. V de prostat.). Le malheur est que le premier cathétérisme, pratiqué dans de mauvaises conditions d'asepsie, ne se complique pas toujours fatalement d'un petit accident, avertissant ainsi le malade. Le jour où ce dernier aura pu le constater, il adoptera une façon sommaire et malpropre de se sonder qui lui laissera une plus grande liberté de vaquer à ses affaires ou à ses occupations. Une ou deux sondes enroulées dans un mouchoir et enfermées dans une boîte, qu'il est aisé de mettre dans une poche, constituent peut-être le moins mauvais de tous les moyens employés par la plupart de ces vieux prostatiques pour protéger les instruments nécessaires à leur cathétérisme obligatoire. Un accident, même léger, suffit à les assagir ; mais, tant que leur état n'est ni douloureux, ni inquiétant, ils s'exposent quotidiennement par leur cathétérisme à l'infection. Celle-ci, facilitée le plus souvent par la rétention chronique, par la moindre résistance d'une vessie un peu distendue et qui a pu être altérée antérieurement, ne tarde pas à se reproduire. Ainsi se trouvent réalisées les conditions capables de faire naître à nouveau les calculs secondaires. Les lithotrities auront des chances de se succéder sans résultat, n'étant que palliatives. Les observations I, II, III et V de prostatectomie en sont la preuve la plus éclatante.

En essayant de mettre en lumière les deux grandes causes étiologiques de la lithiase vésicale, et en ne montrant que les deux types si différents décrits

plus haut, on n'a envisagé que les deux cas extrêmes de la maladie.

On a décrit le calculeux primitif pur, absolument semblable au cas de ces enfants orientaux, et le vieux prostatique, rétentionniste et infecté, qui précipite si facilement les sels minéraux de son urine. A faire ainsi des distinctions trop nettes entre les malades, on court le risque de ne plus rester dans la réalité des cas que nous montre tous les jours la clinique. On peut trouver assez souvent des genres intermédiaires ou mixtes entre les deux catégories des lithiasiques primitifs ou secondaires. S'il n'y a que deux espèces de lithiase urinaire, il y a des variétés plus nombreuses de calculeux.

Une cystite tenace, mais sans rétention, peut engendrer une pierre secondaire, comme le prostatisme à son tout premier début peut devenir, chez un graveleux, la cause déterminante d'un calcul urique (1).

En général la nature du calcul n'est pas très intéressante à connaître pour le chirurgien, car ce n'est pas d'elle qu'il doit faire découler le choix de son traitement.

Les indications doivent être tirées des conditions mécaniques de la miction, de l'infection ou de l'asepsie du réservoir urinaire, de la valeur fonctionnelle de la paroi vésicale, et de l'état de la prostate.

Un examen des plus attentifs doit donc précéder l'intervention opératoire et la légitimer.

1. C'est le cas probablement de l'obs. XI de lithotritie.

LA LITHOTRITIE

Au nombre des interventions opératoires qui sont pratiquées pour débarrasser les malades de calculs vésicaux, on doit citer en première ligne la lithotritie. Nulle, en effet, n'est plus bénigne ni plus admirable. Il serait bien difficile de la condamner au nom de ses victimes (1).

Si elle demande au malade une petite préparation préalable, elle rachète ce petit inconvénient par des avantages ultérieurs inestimables.

D'abord le chloroformisation qu'elle nécessite n'est en général pas moins légère que celle des femmes en travail, qui appréhendent l'accouchement ou le forceps. De suites opératoires, il n'y en a point, à proprement parler. Le malade garde deux ou trois jours le lit et la sonde à demeure. S'il saignait quelque peu, quelques lavages auraient vite arrêté son hématurie, le plus souvent peu dangereuse.

C'est ce que prouvent surabondamment les

---

1. Dans les 14 obs. de Cathelin que nous rapportons ici, nous ne relevons qu'une mort qui n'est certainement pas imputable à la lithotritie. En somme la mortalité est nulle.

14 observations de Cathelin. On pourrait les multiplier à l'infini.

L'asepsie et l'antisepsie actuelles sont maîtresses des complications infectieuses qu'on voyait autrefois. Nul risque pour l'opéré d'avoir à subir le terrible malaise qui fait suite à la chloroformisation complète, ni, s'il est vieux, de contracter en si peu de temps la terrible pneumonie hypostatique. Le résultat est que, le troisième jour, il se lève débarrassé de son calcul et parfaitement guéri de ce côté, si l'on n'a pas dû procéder au broiement en plusieurs séances. Encore ces séances peuvent-elles être longues sans qu'il en résulte de gros inconvénients (voir obs. V, XIII et XIV de lithotritie.)

Des qualités si grandes ne vont pas sans quelques ennuis ni sans quelques réelles difficultés. On a signalé la déchirure et le pincement de la vessie, la rupture du lithotriteur : ce sont des éventualités possibles, mais fort rarement observées. Citons encore un rétrécissement urétral qui nécessite préalablement la dilatation, ou une autre intervention, et qui diffère ainsi l'opération chez un malade dont la patience est à bout, surtout quand il souffre.

Une prostate hypertrophiée n'admet pas toujours dans son trajet urétral le lithotriteur n° 3 auquel on aura voulu recourir.

Un calcul trop dur ne sera que très difficilement entamé par la morsure du lithotriteur, et pourra déterminer la rupture de ce dernier. Le diamètre d'une pierre atteignant 5 centimètres doit faire redou-

ter un broiement fort problématique et une prise incertaine.

Un bas-fond rétro-prostatique, par trop profondément creusé, rend encore la prise fort malaisée. Guyon parle d'un cas où il lui fut « impossible de saisir et même de sentir le calcul à la première séance ».

L'emprisonnement, avec enchatonnement de la pierre dans une véritable cellule, expliquerait qu'on ne put la saisir ou même qu'on n'ait pu l'extraire après la taille. Si le fait n'est pas nié par Guyon, ce savant auteur ajoute : « Les cellules sont en réalité peu hospitalières ; n'y habituez pas trop votre amour-propre. Il y a souvent des cachettes dans la vessie, mais non des oubliettes. »

Des contractions irrégulières de la vessie appliquent parfois les mors l'un contre l'autre, rendant ainsi impossibles les évolutions du lithotriteur qui recherche le calcul.

De même dans la vessie dite *en porte-feuille* les parois accolées fortement gênent les manœuvres ; et la pierre, qui, contrairement aux lois de la pesanteur, occupe en ce cas le sommet de la vessie, est moins accessible.

Ces phénomènes de contractions irrégulières s'atténuent durant l'opération en poussant plus loin l'anesthésie, et, avant elle, en améliorant par un traitement préparatoire les phénomènes de cystite : « Car une vessie très déformée devient régulière

quand elle a cessé d'avoir une sensibilité pathologique exagérée. » (Guyon.)

La trop grande dépressibilité des parois vésicales n'est pas, comme on pourrait le croire *a priori*, une condition favorable. Les parois trop souples et trop peu soutenues se laissent déformer en une poche profonde au fond de laquelle il est difficile d'aller faire une prise. C'est le cas chez la femme et chez l'enfant.

Enfin les colonnes dures, que l'on rencontre, ou les incrustations de la muqueuse, qu'on peut frôler, sont capables d'induire en une malheureuse erreur. Mais si l'on a une sensation de frôlement calculeux, on ne ressent pas le choc avec son bruit caractéristique.

Cette énumération des désavantages de la lithotritie ne constitue pas un bien terrible réquisitoire contre elle. Elle subsiste donc comme une opération donnant au chirurgien, avec la guérison, le maximum de sécurité en ce qui concerne la santé de ses malades qu'elle n'ébranle pas par son shock.

On l'abandonne quelquefois pour lui préférer la taille sus-pubienne ; c'est le cas chez les enfants, surtout au-dessous de cinq ans, en raison de l'exiguité de l'urètre et de la dureté des pierres. On préfère encore la taille quand les dimensions du calcul sont très grandes. Si le temps presse et qu'on ne puisse attendre, on pratique la cystotomie qui présente davantage le caractère d'une opération d'urgence.

Signalons aussi les éventualités exceptionnelles d'un calcul flottant, très mobile dans le liquide et insaisissable, d'une vraie cellule emprisonnant une pierre ou d'un enchatonnement sur une surface très étendue.

On peut trouver là des indications à la taille.

Il est encore indiqué de la pratiquer quand par leur intensité alarmante les trois symptômes douleur, hématurie, infection, isolés ou réunis, menacent la vie du malade ou la rendent intolérable. Le plus souvent quand la vessie saigne avec abondance et persistance, ou encore quand elle est profondément infectée et atrocement douloureuse (cystite pseudo-membraneuse ou bacillaire), une ouverture sus-pubienne apaise ces symptômes inquiétants. Cet abouchement à l'hypogastre, mettant la vessie au repos, exerce une influence des plus bienfaisantes. L'on voit l'hématurie disparaître, l'infection s'atténuer et un véritable bien-être se manifester.

A part quelques exceptions, la conclusion à adopter sur la lithotritie est qu'elle est *le traitement fondamental des calculs de la vessie*.

« Elle peut même être tentée chez les prostatiques calculeux infectés ou chez ceux, à mauvais état général, qui ne pourraient faire les frais d'une opération sanglante. La lithotritie peut encore les sauver. » (Cathelin.)

Cathelin dit encore : « La lithotritie a été une révolution dans la chirurgie des voies urinaires. Elle a sauvé un nombre considérable de gens qui, sans

elle, seraient morts prématurément. Elle est pour les urinaires ce qu'a été l'introduction de l'antisepsie dans la pratique des accouchements.

« Mais elle exige un doigté délicat, une grande habitude de la part du chirurgien : c'est de la mécanique, c'est de l'art. »

Observations de Lithotritie

OBSERVATION I

F... Joseph, soixante-deux ans, entre le 15 septembre 1904, salle Velpeau lit n° 20 dans le service du professeur Guyon

Petit calcul de 1 cm. 1/2 dans une vessie de bonne capacité, sans infection.

Lithotritié par M. Cathelin le 17 septembre 1904. Aucun incident.

Vérification cystoscopique le 20 septembre.

Aucun débris dans la vessie.

Guérison.

OBSERVATION II

A... Jules, quarante-neuf ans, entre le 7 août 1905 salle Velpeau lit n° 18 pour un calcul vésical de 2 centimètres.

Lithotritié le 12 août 1905 par M. Cathelin.

Noyau dur avec croûtelle phosphatique.

Aucun incident. Durée : quinze minutes.

Guérison.

OBSERVATION III

H... Henri, cinquante-quatre ans, entre le 16 août 1905 salle

Velpeau lit nº 12 pour un calcul vésical qui lui donne des douleurs depuis deux mois.

Lithotritié le 17 août par M. Cathelin.

Aucun incident. Peu de sang. Durée : dix minutes.

Guérison.

OBSERVATION IV

H... Georges, dix-neuf ans, instituteur, entre le 14 août 1905 salle Velpeau lit n° 11 pour un calcul de 2 centimètres, dur, dans une bonne vessie.

Lithotritié le 19 août 1905 par M. Cathelin.

Il s'agit d'un calcul noir d'oxalate de chaux, analysé par M. Gauvin, et qu'on brisa dans l'espace de dix minutes.

Guérison.

OBSERVATION V

M... S. (de Versailles) nous est envoyé par le Dr Demucé le 18 mars 1905 pour plusieurs calculs vésicaux, durs, dans une vessie sensible que l'on prépare d'abord par des soins médicamentaux.

Lithotritié par M. Cathelin.

Calculs durs nécessitant l'emploi d'un mors puissant. Emploi du marteau. La plus grande partie des calculs vient aux grands lavages mieux qu'à l'aspiration.

Poussière d'aspect rougeâtre. Saignement appréciable.

Aucun incident. Durée : une heure.

Guérison.

OBSERVATION VI

M. H... (d'Evreux) nous est envoyé par le Dr Adeline le 10 août 1905.

Le malade, dont l'exploration métallique a fait sentir une pierre, a de la cystite avec douleurs assez vives, hématuries et fièvre. Rétention de 200 grammes.

Grosse hernie inguinale droite.

Lithotritié par M. Cathelin.

Broiement d'un quart d'heure. L'opération dure en tout vingt à vingt-cinq minutes. La présence d'un lobe prostatique moyen gêne un peu les manœuvres.

Les suites furent excellentes les quatre premiers jours ; le cinquième jour, au matin, — la sonde ayant été retirée de la veille, — le malade meurt subitement, au moment de faire ses préparatifs de départ.

La cause nous en est restée toujours inconnue et doit-on vraiment la mettre sur le compte de l'opération ?

OBSERVATION VII

M. S... nous est envoyé par M. le Dr Porak, avec un petit calcul vésical et des signes de cystite.

Lithotritié par M. Cathelin le 11 août 1905. Une sonde à demeure est restée vingt-quatre heures en place dans le canal.

Broiement de cinq minutes. L'opération a duré en tout quinze minutes.

Guérison.

OBSERVATION VIII

M. d'A... (de Boulogne-sur-Mer) nous est adressé par M. le professeur Gaucher, avec deux pierres cachées derrière une grosse prostate. Urines claires, non infectées et sans sucre.

Lithotritié par M. Cathelin le 21 novembre 1905. Assez difficile comme technique à cause de la présence de la prostate vésicale, mais aucun incident.

Hémorragie assez sérieuse pendant trois jours nécessitant l'aspiration des caillots ; puis les urines deviennent claires après trois jours. Pas de fièvre.

Guérison.

OBSERVATION IX

L... Emile, soixante-quatre ans, jardinier, entre le 24 juillet 1906, pour un calcul vésical, dans le service du professeur Guyon.

Lithotritié le 4 août par M. Cathelin.

Aucun incident. Trois jours de sonde à demeure.

Guérison.

OBSERVATION X

R... M.-Joseph, trente-six ans, employé, entre le 23 août 1906, pour calcul vésical, dans le service du professeur Guyon.

Lithotritié le 27 août par M. Cathelin.

Aucun incident. Exeat le sixième jour.

Guérison.

OBSERVATION XI

M. F..., chanoine, nous est envoyé par les Drs Guillet et Léger (de Caen).

Calcul vésical moyen *urique*, dans une bonne vessie.

Lithotritié par M. Cathelin le 17 octobre 1906.

Pierre dure. Aucun incident.

L'analyse des urines, faite par M. Gauvin, n'avait montré ni sucre, ni albumine. Suites très simples.

Guérison.

OBSERVATION XII

M. B..., soixante-quatre ans, nous est envoyé par le Dr Petit (de Montereau).

Le malade a des douleurs de vessie depuis un grand nombre d'années. Il a déjà rendu des pierres et a été autrefois sondé par M. Demarquay.

Pas d'infection vésicale. Bonne vessie.

Urine toutes les deux heures. Il ne peut plus aller en voiture ; mais ni hématuries, ni douleurs au gland. Ni sucre, ni albumine. Rien aux reins.

L'exploration métallique permet de déceler deux pierres de la grosseur d'une noix.

Lithotritié par M. Cathelin le 30 janvier 1907.

Pierre très dure. Emploi du marteau. Suites extrêmemen simples.

Guérison.

OBSERVATION XIII

M. D... (de la Nièvre) revient d'une saison à Vittel où l'a soigné le Dr Mousseaux.

Il présente des signes de cystite assez intense avec douleurs violentes.

Sonde à demeure pendant quatre jours et désinfection de la vessie.

L'exploration métallique donne plusieurs contacts.

Lithotritié le 19 août 1907.

Durée : une heure et demie sans incident. Le saignement prostatique dure deux jours.

Guérison.

OBSERVATION XIV

Mme S..., quarante-neuf ans, nous est envoyée par le Dr Fouquet.

Aucune maladie infectieuse.

Réglée à seize ans. Un enfant et pas de fausse couche.

Opérée le 17 juin 1905 d'un néoplasme utérin : l'uretère est blessé et on fait une uretérocystonéostomie.

Amputation du sein par le même chirurgien le 14 juillet, trois semaines après.

Les phénomènes vésicaux surviennent huit mois après la première opération par des envies fréquentes et impérieuses.

Cystopexie par le même chirurgien en juillet 1906. La malade ne peut alors plus uriner debout et seulement dans la position couchée.

Elle rend un calcul de la grosseur d'un haricot en octo-

bre 1907, ce qui attire l'attention de son médecin qui me la montre en novembre 1907.

L'exploration métallique d'une part et d'autre part la cystoscopie me montrent la présence d'une grosse pierre phosphatique de 4 cm. 1/2 avec une incrustation de toute la moitié droite de la vessie, localisée surtout dans le nouvel uretère, implantée avec des proliférations tout autour.

Lithrotritié par M. Cathelin le 15 novembre 1907.

Broiement du gros caillou en quinze minutes, puis extraction à la pince des incrustations, le tout ayant demandé une heure et demie.

Vérification sous chloroforme le 25 novembre 1907.

Une cystoscopie faite pendant l'opération a montré que la vessie ne renfermait plus aucun fragment.

La malade a guéri malgré une très mauvaise élimination rénale qui était, dans la première analyse faite par M. Gauvin, chef du laboratoire de chimie à l'Hôpital d'Urologie, de 3 gr. 84 d'urée et de 5 gr. 90 de chlorures au litre ; puis dans la seconde analyse, faite après ses deux chloroformes, de 2 gr. 56 d'urée et 3 gr. 60 de chlorures au litre et la malade urine environ 900 grammes.

En résumé, sur 14 lithotrities :

0 mort immédiate ;

1 mort tardive inexplicable, probablement par embolie, et qu'en réalité on ne peut faire entrer en ligne de compte dans le pourcentage de léthalité de cette opération.

Sur ces 14 lithotrities :

13 hommes ;

1 femme.

LA PROSTATECTOMIE

Une question, au moins aussi délicate qu'elle est actuelle, doit être envisagée tout d'abord ; car, même à l'heure présente, elle est toujours aussi palpitante d'intérêt : il s'agit du choix de la voie d'accès pour l'exécution de la prostatectomie. Il paraît actuellement peu vraisemblable de penser que, des deux méthodes rivales; il en soit une qui doive disparaître complètement.

Il n'y a pas jusqu'à ce jour une différence si grande entre les deux opérations, au point de vue de la mortalité et des résultats ultérieurs, que l'une d'elle garde sur l'autre une suprématie définitive et incontestée. Au dire des éclectiques, chacune d'elle a ses avantages, ses inconvénients, ses indications, ses contre-indications.

En ces dernières années tout a été dit sur les deux prostatectomies, et l'on a pu voir, de tous les points du monde civilisé, les chirurgiens de tous les pays venir dans les congrès faire connaître les résultats de leur expérience personnelle, ou faire la critique des deux méthodes opératoires, tant le problème était passionnant.

Il n'est pas complètement résolu, et, bien que depuis peu un mouvement favorable à la prostatectomie transvésicale semble se dessiner en France, son aînée, la prostatectomie périnéale, compte toujours des adeptes.

On peut remarquer que les mêmes chirurgiens qui vantaient il y a quelques années les résultats obtenus par la prostactectomie périnéale, se félicitent aujourd'hui de ceux que leur a donnés la prostatectomie haute. Ceci démontre l'excellence des deux procédés et la difficulté de se prononcer pour l'un d'eux.

La première qui parut fut, en France, la prostatectomie périnéale. Trois noms sont attachés à sa conception et à sa réalisation, ce sont ceux de Proust et Gosset et celui du professeur Albarran.

Un peu plus tard Freyer, en Angleterre, inaugurait la prostatectomie transvésicale et obtenait par sa méthode un succès qui n'est pas moindre que celui de l'Ecole française.

Avant de faire choix, établissons un bilan entre les deux méthodes.

PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE

Mortalité . . { 2, 3 o/o (statistique d'Albarran).
9 o/o (statistique générale).

Désavantages.
- Moins complète ; d'où résultats ultérieurs moins parfaits.
- Blessure du bulbe de l'urètre (accident peu grave).
- Blessure du rectum (beaucoup plus grave : fistule).
- Extirpation moins aisée de la glande (on morcelle plus qu'on n'énuclée).
- Difficulté d'exécution chez les sujets gras.
- Perte plus fréquente des fonctions génitales.
- Risques d'infection secondaire par voisinage de l'anus.
- Possibilité d'une fistule périnéale rebelle.
- Guérison opératoire : 5 semaines 4/10 (Pousson).

Avantages . .
- Cysto-drainage périnéal absolument parfait, parce que déclive.
- Hémorragies opératoires ou post-opératoires peu redoutables.

Remarque. — Si la prostate a des limites imprécises — une expansion surtout rectale — le succès est plus assuré par la méthode du morcellement.

PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

Mortalité . . { 8,1 o/o (statistique de Freyer).
17 o/o (statistique générale).

Avantages . . {
- Plus complète ; d'où résultats ultérieurs meilleurs.
- Pas de blessure du bulbe de l'urètre.
- Blessure du rectum très rare (mais a été signalée).
- Extirpation facile de la glande (on l'énuclée rapidement).
- L'épaisseur de l'hypogastre n'augmente pas autant les difficultés.
- Conservation assez fréquente des fonctions génitales.
- Peu de risques d'infection par voisinage.
- Moindre fréquence des fistules hypogastriques.
- Guérison opératoire : 4 semaines 2/10 (Pousson).

Désavantages. {
- Infériorité du drainage par les gros tubes hypogastriques.
- Hémorragies post-opératoires très redoutables.

Remarque. — Si la prostate est fibro-adénomateuse et lisse, le succès opératoire est plus beau par la méthode de l'énucléation.

Les craintes que peut inspirer au chirurgien la prostatectomie périnéale sont assez nombreuses pour lui ôter la tentation de la pratiquer sans appréhension. Rappelons la moindre perfection du résultat opératoire, la plus grande fréquence de la blessure du rectum, qui laisse après elle une communication en quelque sorte cloacale, la perte plus souvent observée des fonctions génitales, la persistance d'une fistule périnéale, la plus longue durée des soins post-opératoires, et enfin la difficulté d'extraire les calculs vésicaux par la brèche urétrale (on va à la pêche sans le contrôle de la vue).

Mais, d'autre part, la mortalité plus élevée du Freyer n'est pas très encourageante.

Des deux prostatectomies, celle qui paraît le plus vraiment chirurgicale est la transvésicale. Quand elle ne tue pas l'opéré, on est en droit d'espérer d'elle un résultat plus parfait, plus complet, plus rapide. Il faut opter entre la mortalité plus élevée de l'une et la guérison plus médiocre de l'autre. La situation du chirurgien, qui est aussi soucieux de la vie de ses opérés que de la valeur des résultats de son art, est fort embarrassante.

Mais la vie est encore le plus précieux de tous les biens ; aussi, malgré la possibilité d'une complication opératoire qui la rendra peut-être plus précaire, le devoir de l'opérateur consiste à la compromettre le moins possible avant d'essayer de la rendre le plus tolérable.

La recherche de la plus grande sécurité nous fait

accorder une prédilection véritable à la prostatectomie périnéale, surtout comme moyen de traitement de l'hypertrophie prostatique compliquée de calculs vésicaux. Cette méthode réalise en effet deux conditions, de toute première valeur, que le chirurgien ne saurait mépriser : elle draine merveilleusement et ne court pas les mêmes dangers d'une de ces graves hémorragies post-opératoires, qu'on observe malheureusement assez souvent après la prostatectomie transvésicale.

Legueu écrit à ce sujet : « De quoi meurent les malades après la prostatectomie transvésicale ? Ils meurent d'hémorragie ou d'infection, ou des deux à la fois. Ils meurent d'hémorragie par une plaie ouverte et non tamponnée et qui tue le malade le premier ou le deuxième jour..... et l'on s'étonne de ne pas voir cet accident plus souvent signalé.

« Ils meurent encore de la septicémie, qui résulte de la défectuosité du drainage, et qui dans l'espace de deux ou trois jours fait monter le pouls ou la température et emporte rapidement le malade. »

Un peu plus loin il dit : « Le drainage périnéal a été préconisé par Fuller, pratiqué par Israël et j'y ai eu moi-même recours ; je pense que c'est une très bonne précaution à utiliser, sinon dans tous les cas, au moins dans ceux où le malade est très infecté. »

Pousson de son côté relate qu'après un Freyer : « L'hémorragie qui se déclara, obligea par son abondance mon interne à enlever le tube et à tamponner la vessie. » Il ajoute : « Je n'ai jamais eu

d'hémorragie à la suite de la prostatectomie périnéale. »

On ne saurait faire appel à des opinions plus autorisées pour démontrer les deux grands avantages de l'opération dont le professeur Albarran s'est fait le protagoniste.

Les tubes hypogastriques, si gros qu'ils soient, ne sauraient rivaliser avec une grosse sonde mise à demeure par la brèche périnéale. Elle seule tarit parfaitement la vessie, parce qu'elle draine au fond de la déclivité.

Le tamponnement de la plaie du périnée, si facile, à réaliser en cas de nécessité, en pansant le malade, met à l'abri des accidents hémorragiques, qu'on aura d'ailleurs pu prévenir en cours d'opération.

Si l'on ajoute à cela que, l'opérateur averti, ne s'obstinant pas à raser de trop près la paroi rectale, préfèrera la sculpter dans le tissu prostatique pour éviter de la perforer ; que, en présence d'un sujet jeune, il pourra, suivant le procédé de Young, respecter la portion prostatique qui contient les canaux éjaculateurs, afin de conserver le plus possible les fonctions génitales, l'on est moins indisposé contre cette prostatectomie périnéale qui ne comporte pas si souvent toutes les imperfections dont on l'accuse.

Le procédé de Young, sans doute fort délicat à exécuter, mérite quelque attention. Il a assuré à son auteur le 50 o/o de succès ; dans les 25 o/o des cas, les résultats furent irréprochables, puisque l'exa-

men microscopique permit de constater des spermatozoïdes très mobiles.

S'il s'agissait seulement de comparer les deux prostatectomies, il serait fort embarrassant d'opter raisonnablement pour l'une. On se propose de comparer l'une des deux prostatectomies à la lithotritie. Celle qui soutient actuellement le plus avantageusement la comparaison est la périnéale puisque, en général, on lui reconnaît une plus grande bénignité. Guyon a montré bien des fois que le broiement suffisait à parer, d'une façon satisfaisante et avec la plus grande sécurité, aux accidents calculeux des prostatiques rétentionnistes. N'y aurait-il pas quelque témérité à recourir à la prostatectomie transvésicale, peut-être plus radicale, mais aussi beaucoup plus meurtrière ? Le chiffre de la mortalité du Freyer, variant de 8,1 o/o à 17 o/o, mis en parallèle avec les statistiques des décès opératoires par la lithotritie de Guyon, n'est pas très favorable.

D'ailleurs si l'on tient compte que les calculeux rétentionnistes sont en général assez gravement infectés, il paraît plus logique de pratiquer le cysto-drainage périnéal, plus efficace et salutaire. Mais il est évident néanmoins que pour une prostate à gros développement vésical avec lobe médian et sans proéminence rectale, comme cela arrive encore assez souvent, la logique commande d'intervenir par en haut.

Donc, en résumé, si la prostatectomie périnéale nous semble plus spécialement indiquée pour le dou-

ble traitement des calculs vésicaux et de l'hypertrophie prostatique, nous devons dire, pour être juste, que le mouvement favorable à la prostatectomie transvésicale auquel nous faisions allusion au commencement de ce chapitre, s'accentue de jour en jour au point que Gosset, lui-même, s'est prononcé nettement devant nous en faveur de ce procédé. C'est aussi l'avis de Cathelin, dont nous ne rapportons cependant que des observations de prostatectomie périnéale.

Quoi qu'il en soit, à notre sens, tout dépendra du volume de la glande et surtout de son évolution dans la vessie. Aussi l'utilité du mensurateur intra-vésical que Cathelin vient de présenter à la Société de Biologie, nous paraît-elle incontestable. Nous sommes heureux de pouvoir, un des premiers, en donner ici la description et la technique que nous extrayons des comptes rendus de la séance du 23 novembre 1907.

Description du mensurateur intravésical

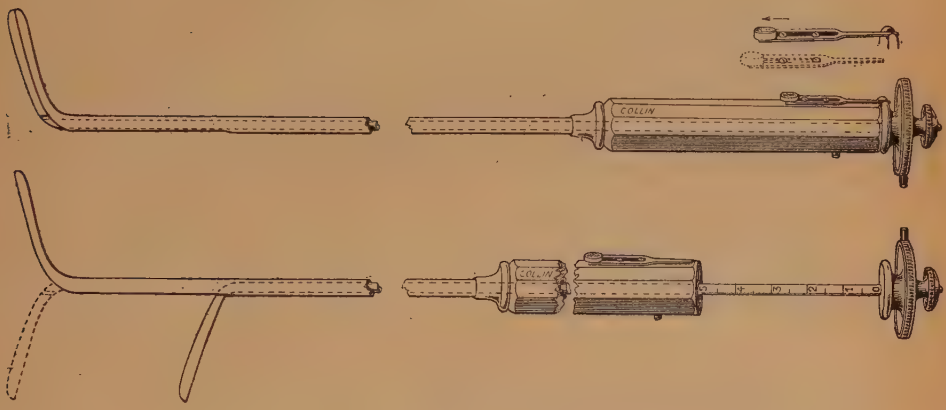
C'est un instrument formé d'une tige métallique à bec coudé, comme les sondes très béquillées de Mercier, et composé de deux tubes emboîtés, l'intérieur plein, roulant dans l'extérieur, creux.

De même le bec est dédoublé, répondant à chacun des tubes, et un volant extérieur actionne ces deux tubes.

De plus, une fente est ménagée sur une longueur

de 5 centimètres à la partie inférieure et vésicale du tube externe.

Puis une graduation est inscrite à la partie externe de la branche mobile, près du volant.



Technique. — La vessie est lavée et remplie d'eau.

Premier temps : L'instrument est introduit selon les règles ordinaires du cathétérisme, bec en haut, et, une fois entré dans le globe vésical, retourné bec en bas.

Deuxième temps : On l'attire alors à soi de façon à accrocher la face postérieure du lobe moyen, puis on tourne le volant (répondant à la tige interne mobile) de 180 degrés jusqu'à ce que l'index soit dans le plan vertical.

Troisième temps : on attire à soit le volant ; la tige et son bec glissent alors dans la rainure et jusqu'à ce qu'on sente une résistance : c'est le pubis qu'on

accroche ; *on est donc au col vésical.* On lit alors sur la graduation de combien la tige a été tirée et on a alors en centimètres le volume exact de ce lobe médian, pincé en quelque sorte entre la branche postérieure de l'instrument et le col qui répond au pubis.

Preuves. — Il ne peut pas y avoir d'erreur.

C'est ainsi que, appliqué dans la vessie de la femme ou dans celle d'anciens prostatectomisés sus-pubiens, on n'observe aucun déplacement, par conséquent aucune mensuration.

Ce mensurateur a déjà été expérimenté avec plein succès par l'auteur lui-même dans son service à l'Hôpital d'Urologie.

Nous avons précédemment étudié le traitement de choix des calculs vésicaux chez les différents malades. Si la lithotritie a occupé le premier rang parmi les méthodes thérapeutiques, nous avons dit qu'on pouvait y substituer quelquefois la cystotomie sus-pubienne. Jusqu'à ce moment nous avions fait abstraction des symptômes prostatiques qui viennent se joindre quelquefois au tableau clinique de la pierre. Le prostatisme discret de la première période n'a rien de bien inquiétant pour le chirurgien ; mais la rétention chronique, signe de l'impuissance vésicale, ne constitue-t-elle point un nouvel élément capable de modifier l'indication opératoire ?

Que doit-on attendre des calculeux rétentionnistes après la lithotritie ? Bien souvent la récidive, rendue presque fatale par l'infection que le malade apportera

inévitablement un jour ou l'autre dans sa vessie par une sonde. Et cette infection chez les rétentionnistes est par-dessus tout pétrifiante. Les cinq observations de prostatectomie de Cathelin, que nous relatons, en font foi suffisamment.

C'est le professeur Albarran qui, le premier d'ailleurs, montra le rôle joué dans la récidive calculeuse par le bas-fond vésical que crée une grosse prostate :

« Lorsqu'il s'agit de calculs uriques primitifs, la récidive est fréquente parce que les graviers s'accumulent au niveau du bas-fond, derrière la saillie de la prostate qui les empêche d'être poussés au dehors, vers l'urètre.

« Lorsque les calculs sont phosphatiques et secondaires, la récidive, plus fréquente, est due encore à l'existence de ce bas-fond, *véritable laboratoire où le calcul naît et grandit aux dépens de l'urine décomposée.*

« La prostatectomie périnéale, en déterminant la disparition du bas-fond, doit mettre en garde contre la plupart des récidives des calculs. *Ce n'est là qu'un raisonnement non encore basé sur une expérience prolongée, je le sais, mais le raisonnement est logique et l'expérience ne pouvant être fondée que sur des observations, il faut bien que quelqu'un commence.* J'ai opéré quatre malades et je me propose de continuer (1). »

1. Albarran. Compte rendu de l'Association française d'Urologie, 1901.

Ainsi s'exprimait en 1901 le professeur Albarran. L'expérience devait dans la suite donner la confirmation la plus nette à cette vue de l'esprit, puisque, déjà l'année suivante, le professeur Albarran pouvait faire consigner, dans la thèse de son élève, J. Petit, onze observations concernant des calculeux prostatiques — dont quelques-uns lithotritiés plusieurs fois — guéris par la prostatectomie périnéale. Voir thèse de J. Petit. Paris, 1902. (Obs. III, V, IX, X, XI, XIII, XXI, XXII, XXV, XXVII, XXVIII.)

Donc, la disparition de l'obstacle prostatique — qui supprime du même coup un cathétérisme parfois dangereux, anéantit le bas-fond vésical et même la possibilité d'une distension du réservoir urinaire — identifie les conditions de la miction du prostatique à celle de l'enfant ou de la femme et réalise subitement un ensemble de modifications heureuses, bien fait pour séduire le chirurgien.

La prostatectomie, en rétablissant un cours des urines presque normal, enlève au malade le souci d'une perpétuelle candidature aux récidives calculeuses. Elle constitue alors un traitement parfait, que les différents auteurs n'ont pas négligé en ces dernières années.

Citons sur ce point leur opinion.

Escat : « La prostatectomie chez les prostatiques calculeux et rétentionnistes est en somme le seul et unique moyen de guérir radicalement l'affection ; mais elle n'est pas applicable à tous les cas. »

Proust : « Quant aux calculs, leur ablation est aisée

au cours de la prostatectomie, et surtout l'opération rend les récidives peu probables (quoique la production de calculs secondaires ait été signalée après la prostatectomie). Albarran cite, entre autres, l'observation d'un malade qui, calculeux récidiviste avant la prostatectomie, se mit à émettre spontanément par l'urètre de petits graviers, une fois son bas-fond supprimé. »

Pauchet : « Chez tout prostatique porteur d'une pierre il est utile d'associer la prostatectomie à l'extirpation du calcul. La cure radicale procure les avantages suivants :

« 1° Elle évite les troubles de la miction qui pourraient se produire du jour où la présence du calcul n'exciterait plus la vessie et ne lui permettrait plus de se vider ;

« 2° La suppression de la prostate empêche les récidives puisque le bas-fond disparaît. Après cette intervention le col vésical occupe la partie déclive du réservoir.

« Si un gravier tombe du rein par la suite, il est immédiatement éliminé. »

Pousson : « Je ne crois pas cependant que la seule présence d'un calcul soit une indication suffisante pour pratiquer la prostatectomie chez un malade que, sans cette complication, on aurait été d'avis de ne pas opérer. La lithotritie avec son traumatisme minimum est, à mon avis, bien plus indiquée. Mais si les récidives deviennent perpétuelles, si le volume de la prostate rend la lithotritie difficile, ou l'évacuation

incomplète, je crois qu'il est légitime de recourir à la prostatectomie. »

Hartmann : « Nous considérons la coexistence d'un calcul et d'une grosse prostate comme une indication à la prostatectomie. C'est, croyons-nous, le meilleur moyen d'éviter les récidives calculeuses. »

Albarran : « Certaines complications rendent plus pressante l'indication opératoire... (parmi elles)... les calculs récidivants ou l'existence d'un bas-fond qui rend la récidive probable. »

« Même avec de très anciennes inflammations de la vessie, dit encore le professeur Albarran, un grand nombre de malades ont recouvré la contractilité vésicale après l'opération. »

Que conclure de cette enquête, où chaque auteur vient apporter son témoignage, sinon que l'extirpation de la prostate est le traitement de choix des calculs vésicaux chez les rétentionnistes.

Pousson, parmi tous ces auteurs, ne considère pas la coexistence d'un prostatisme avancé et de calculs vésicaux, comme une indication marquée à la prostatectomie. Bien qu'il reconnaisse que l'existence de certains symptômes vésicaux, et plus encore prostatiques, puissent légitimer l'extirpation de la glande, il reste, en raison de son traumatisme minimum, plus enclin à la lithrotritie. S'il y a lieu par la suite, il pratique la prostatectomie.

Il y a dans cette conduite beaucoup de sagesse : puisque le chirurgien, sans avoir ébranlé le moins du monde l'état de santé de son malade par le broie-

ment si bénin, aura peut-être la chance, dans un certain nombre de cas, d'une guérison assez satisfaisante.

Les réussites de ce genre ne sauraient être nombreuses. L'influence qu'exerce un calcul dans la vessie masque à l'observateur la gravité des symptômes d'asystolie et de rétention ; et on peut même dire qu'en un sens, cette influence est bienfaisante.

Il est d'observation courante que des calculeux, dont les mictions sont spontanées tant qu'ils ont leur pierre, ne peuvent plus vider leur vessie que par le cathétérisme après la lithotritie. Le plus souvent ce phénomène n'est que temporaire ; mais parfois il est définitif.

Genouville a coutume d'en avertir ses malades avant de les opérer.

Ce même auteur ajoutait à ce sujet une curieuse observation qu'il lui avait été donné de constater à l'hôpital Necker, et dont nous n'avons pu malheureusement trouver qu'un résumé fort succinct dans le compte rendu de l'Association française d'Urologie (1896-1897). Chevalier déclare au sujet du malade en question : « Il fut étudié par les expériences manométriques de Genouville au point de vue de sa contractilité vésicale, par le toucher rectal fait par M. le professeur Guyon lui-même. La prostate paraissait souple avec prédominance de phénomènes congestifs ; tout semblait indiquer que le malade réunissait les meilleures conditions pour la castration ; je la

lui pratiquai à Necker, il y a près d'un an. Le malade n'a été que peu amélioré ; il se sonde encore, moins fréquemment, sans doute, mais néanmoins deux fois par nuit encore. De plus, j'ai eu, six mois après la castration, à lui faire la lithotritie pour un calcul phosphatique. » Or ce que ne contient pas l'observation, et que nous a communiqué oralement Genouville, c'est que six mois après la castration le malade revenait urinant spontanément. La présence du calcul vésical avait rétabli les mictions ; elles disparurent après que la pierre eût été broyée et éliminée.

D'autre part, la tension et même la distension de la vessie ne peuvent se produire que quand la sensibilité vésicale n'est pas exagérée. L'absence des phénomènes douloureux permet une plus grande réplétion du réservoir urinaire, et l'achemine ainsi, quand sa paroi est devenue inerte, rapidement vers la distension passive. Les expériences manométriques de Genouville ont montré, qu'à la seconde période du prostatisme, la contractilité vésicale était sensiblement diminuée. Si donc à cette phase de rétention, la sensation de tension ne se traduit pas par une douloureuse envie d'uriner (c'est surtout le cas chez les prostatiques non infectés qui attendent trop longtemps pour se sonder), le réservoir, tout comme un utérus gravide, prendra une expansion considérable. Un calcul offensant la paroi vésicale, rendue le plus souvent très irritable à cause de la cystite concomitante, sollicitera fréquemment le malade au cathétérisme, car la réplétion vésicale devient fort

douloureuse. Il se portera en quelque sorte garant d'un nombre d'évacuations suffisantes pour éviter une dilatation par trop exagérée de la vessie.

Si donc l'on tient compte de ce rôle spécial que joue le calcul vésical chez les prostatiques, on est amené à conclure, avec le professeur Albarran, que *la complication d'un calcul vésical chez un prostatique rétentionniste rend l'indication opératoire plus pressante.*

A notre sens, sont justiciables de la prostatectomie périnéale les prostatiques calculeux qui réunissent les conditions suivantes :

1° La rétention complète ou incomplète et avec bas-fond vésical ;

2° L'asystolie ou l'hyposystolie marquée de la vessie ;

3° L'infection vésicale ;

4° Le calcul ;

Que peut-on attendre de cette intervention chirurgicale ? Les cinq observations suivantes de Cathelin vont nous renseigner :

Observations de calculeux prostatiques opérés par prostatectomie périnéale [1]

OBSERVATION I

Malade, âgé de soixante-cinq ans et père d'un confrère, a une observation très curieuse.

Il s'agit d'un prostatique rétentionniste incomplet et calculeux, opéré une première fois par Bazy d'une lithotritie le 22 avril 1902, taillé par l'hypogastre par moi-même le 31 août 1903 pour un énorme calcul logé derrière et sous le lobe moyen, lithotritié une deuxième fois par M. Guyon en novembre 1904, relithotritié par moi le 7 septembre 1905 et que enfin, récidiviste, je *prostatectomise* le 19 juin 1906.

Ce pauvre malade a donc été opéré cinq fois en quatre ans, et j'eus occasion, au cours de la prostatectomie que je lui fis, en présence des chirurgiens brésiliens de Gouvea et Leme avec l'aide du Dr Boulanger, de lui enlever un gros calcul vésical formé d'une partie dure, enchatonnée, sous le lobe moyen de la prostate — que j'avais très bien senti au cour de ma première taille — et d'une partie friable située au-dessus.

Il s'agissait ici d'un malade très infecté, aux urines troubles, purulentes, filantes, ammoniacales, à odeur nauséabonde, et avec un très mauvais état général et gastrique.

---

1. Toutes les pièces sont conservées au musée de l'Hôpital d'Urologie.

Or, ce malade ferma son périnée le dix-neuvième jour et malgré une orchite assez légère, quitta la maison de santé le 25 juillet, sans fistule, urinant bien et sans douleur.

J'ai appris par la suite que l'infection chez ce malade était revenue, par suite de la difficulté qu'il éprouvait à se sonder pour se laver la vessie au nitrate.

Il est mort d'accident en 1906.

OBSERVATION II

Malade, âgé de soixante-sept ans, lithotritié il y a un an par Desnos, conservait des douleurs résultant de la présence de quatre petits calculs cachés derrière une prostate qui laissait persister un résidu d'une centaine de grammes. Les urines étaient louches, mais non odorantes et les mictions nocturnes fréquentes (quatre à cinq fois).

Je fais à ce malade la prostatectomie périnéale par la méthode française le 5 mai 1906, avec les Drs Differdange (de Vincennes) et Boulanger.

Il n'y eut aucun incident et je retirai quatre petits calculs anguleux.

La guérison a été très rapide, sans incident ; j'enlevai la sonde le dix-septième jour et le malade urina facilement, sans incontinence et sans fistule.

J'ai revu le malade plusieurs fois depuis cette époque. Il va très bien, sans fistule, mais conserve toujours de petites douleurs au niveau du col vésical.

OBSERVATION III

Malade de soixante-trois ans, M. D..., qui fait sa première

rétention en 1888. M. Guyon consulté conseille le sondage et la rétention complète persiste.

Un chirurgien fait deux lithotrities sous chloroforme en 1894 et 1900, puis les sondages ont lieu toutes les deux heures.

Actuellement, le malade a un canal normal, ses urines sont extrêmement infectées, putrides, avec dépôt glaireux et filant.

La prostate est moyennement développée, proéminent surtout dans la vessie.

Les reins ne sont pas sentis.

L'explorateur métallique donne un cliquetis et permet de diagnostiquer la présence de plusieurs pierres.

L'épreuve du bleu donne une courbe normale.

Analyse des urines

Urée.....	15 gr. 65 au litre ou			24 gr. 97 en 24 h.		
Chlorures.....	10	40	—	15	60	—
Albumine.....	0	35	—			
Matières dissoutes.	48	60	—	72	89	—
Acide urique.....	0	42	—	0	63	—

Nombreux leucocytes, très altérés, cellules épithéliales de la vessie : Pas de cylindres.

Sédiment : phosphate ammoniaco-magnésien.

Un peu d'urate de soude.

Examen bactériologique. — Nombreux streptocoques et staphylocoques.

Prostatectomie périnéale par M. Cathelin le 27 novembre 1906 avec l'aide de M. Boulanger et de M. Rostaine, chloroformisateur.

On retire dix-sept calculs vésicaux cachés dans un bas-fond vésical.

Aucun incident. Suites normales.

Malheureusement et probablement à cause de la grande infection chez ce rétentionniste de quinze ans, le périnée, avec des alternatives de fermeture et de fistule, resta perméable et le malade continua son infection qui l'emporta un an après l'opération.

OBSERVATION IV

B..., soixante-quatre ans, m'est adressé par le Dr Tariel (d'Issy) et entre le 21 août 1906 dans le service du professeur Guyon, salle Velpeau, lit no 15.

Il y a trois ans, a commencé à uriner 2 à 3 fois par nuit. Premières hématuries il y a dix-huit mois avec douleurs à la marche et en voiture, puis successivement des phénomènes de cystite avec mictions douloureuses 8 fois le jour et 8 fois la nuit.

Le toucher rectal permet de constater une grosse prostate et l'explorateur métallique la présence de plusieurs pierres.

Prostatectomie périnéale par M. Cathelin le 4 septembre 1906, en présence des Drs Phocas et Kalliontgis (d'Athènes). On retire 4 gros calculs, du poids de 40 grammes dont le plus gros pèse 22 gr. 70.

Aucun incident opératoire.

Guérison intégrale. Le malade part guéri après vingt-quatre à vingt-cinq jours.

OBSERVATION V

F... Edmond, cinquante-neuf ans, m'est adressé par le Dr Chausserie-Laprée (de Melun).

Les premières douleurs de vessie datent de 1898. On lui a fait une lithotritie en 1899. Mais il continua à souffrir et à avoir des urines infectées, glaireuses, probablement parce qu'il ne continua pas les soins vésicaux.

En 1907, l'état local empire. Une forte odeur ammoniacale survient ; le malade, rétentionniste incomplet, se sonde deux fois par jour, puis jusqu'à six et quatorze fois.

Depuis mai dernier, il ne peut plus uriner seul.

Prostate très grosse, mais lisse et franche.

Exploration métallique : positive avec sensation de plusieurs pierres.

Analyse des urines, faite par M. Gauvin, chef de laboratoire à l'hôpital d'urologie :

Urée.....	16 gr. 65	au litre ou	17 gr. 48	en 24 heures
Chlorures..	3 gr. 20	—	3 gr. 36	—
Albumine..	1 gr. 90	—	1 gr. 99	—

Urate d'ammoniaque et phosphate ammoniaco-magnésien. Leucocytes laqués, mais présentant les réactions chimiques du pus.

Prostatectomie périnéale par M. Cathelin le 3 avril 1907 avec les Drs Boulanger et Grandjean, chloroformisateur assistant : M. le Dr Depeyre (du Colorado),

Aucun incident opératoire. On enlève *les deux lobes* sans presque morceler et on extrait avec la ténette courbe de Guyon **32 calculs.**

Hémorragie appréciable. Guérison.

Le malade a du continuer à se faire encore des lavages vésicaux nitratés à cause de l'importance de son infection.

Sa plaie périnéale s'est fistulisée au mois d'octobre pour se fermer ensuite avec quelques semaines de sonde à demeure.

L'enseignement à tirer de ces cinq observations, où le succès est venu couronner l'espérance du chirurgien, est le suivant :

1° La prostatectomie périnéale, qui permet au chirurgien de faire d'une pierre deux coups — puisqu'elle débarrasse le malade de ses calculs et de sa prostate, cause des précipitations et d'autres maux encore — est une intervention d'une valeur thérapeutique de tout premier ordre.

2° Cette opération, en raison de sa bénignité relative, mérite bien, quand elle est indiquée, la première place comme moyen de traitement de l'hypertrophie prostatique compliquée de calculs vésicaux.

La prostatectomie périnéale n'est donc pas l'une des moindres conquêtes de la chirurgie moderne.

Le malheur est qu'elle n'est pas applicable à tous les cas où il serait légitime de l'appliquer. Le but qu'elle se propose est trop beau pour être toujours réalisé : c'est un idéal qui n'est pas toujours accessible. Il ne vise à rien moins qu'à une véritable rénovation de l'appareil urinaire et qu'à rétablir les conditions physiologiques de la miction.

Une foule de contre-indications opératoires vient limiter le nombre des cas où la prostatectomie péri-

néale peut être exécutée avec toutes chances de succès. Le professeur Albarran a écrit : « Plus encore que chez tout malade qui doit subir une opération importante, *on doit chez le prostatique examiner tous les grands appareils.* »

Tous ceux qui sont entachés de tares pathologiques doivent être délibérément écartés. L'abstention est de règle chez les individus suivants :

Cardiaques, athéromateux, brightiques, hémiplégiques, vieux bronchitiques emphysémateux, diabétiques, etc. Chez tous ces sujets la vie est en un équilibre instable que le moindre accident peut compliquer d'un dénouement fatal.

La contre-indication la plus formelle est fournie par l'insuffisance de la fonction rénale. Si la distension aseptique du rein, entraînant l'atrophie scléreuse, ou si l'infection ascendante, engendrant la pyélo-néphrite, ont fortement compromis l'organe de l'élimination des déchets de l'économie, le chirurgien ne doit pas songer à une opération qui, dans ce cas, le conduirait à un véritable désastre.

L'opérateur n'est jamais trop renseigné sur l'état des glandes rénales. Il doit connaître le taux de l'urée, des chlorures, le mode d'élimination du bleu de méthylène, le résultat des examens microscopique et chimique de l'urine, enfin celui de la cryoscopie. De toutes les notions que lui fournit le laboratoire il peut, à juste titre, conclure ou non à l'opportunité de l'intervention.

2° Chez ceux qui, trop jeunes, perdraient du fait

de l'opération leur virilité. Cependant, si les indications opératoires sont pressantes, on doit exposer à l'intéressé sa situation ; à lui d'opter entre les graves ennuis d'un prostatisme toujours grandissant et l'éventualité possible de la perte des fonctions génitales.

Le procédé de Young, cité plus haut, doit s'adresser surtout aux jeunes ; il devrait toujours être tenté, chez eux du moins, pour leur conserver autant que possible la fonction de reproduction, ou, à son défaut, l'érection. Rumpel, au Congrès de Berlin (avril 1907), déclare que ses opérés, bien que guéris, devenaient mélancoliques, que deux d'entre eux s'étaient suicidés. Le sentiment de l'impuissance génitale n'est pas étranger à cet acte de désespoir.

3° Chez ceux qui sont atteints de formes spéciales des lésions prostatiques.

L'épithélioma de la prostate présente une mortalité opératoire des plus élevées (30 o/o — Pousson) : on ne saurait être tenté par l'idée d'une prostatectomie si meurtrière, et dont les résultats ne sauraient être souvent de longue durée, puisque, au moment où l'on fait le diagnostic, cliniquement l'étendue du mal est déjà inaccessible.

Le professeur Albarran a encore montré que la *prostatite hypertrophiante* était peu justiciable de l'extirpation. Caractérisée anatomiquement par « une prostate généralement petite ou moyenne, sans tendance à déformer le col, sans lobe médian, — présentant la structure de la prostatite chronique —,

sans développement adénomateux marqué, sans corps sphéroïdes », et cliniquement par « la médiocrité de la rétention qu'elle détermine », elle n'a donné au chirurgien qui l'enleva que d'assez mauvais résultats.

L'âge enfin n'est pas une contre-indication : les quelques observations d'octogénaires, ayant subi la prostatectomie avec succès, en font foi.

Tout bien considéré, la lithotritie n'a pas perdu beaucoup de terrain depuis l'avènement de la prostatectomie ; car, si dans quelques cas favorables, mais qui ne sont peut-être pas la majorité, elle doit céder le pas à l'extirpation de la prostate, elle reprend tous ses droits dès qu'une contre-indication à cette dernière opération empêche le chirurgien de la pratiquer.

CONCLUSIONS

I. — La lithotritie, qui, entre les mains de Civiale et de Guyon a donné tant de preuves éclatantes de sa valeur thérapeutique, reste *le traitement fondamental des calculs vésicaux chez la plupart des calculeux*, en raison de son traumatisme minimum et de son absolue bénignité.

II. — Elle ne doit céder le pas à la taille sus-pubienne que quand le broiement est impossible ou par trop incertain, ou encore quand une indication spéciale presse le chirurgien d'enlever les calculs ou de mettre la vessie au repos.

III. — Cependant une catégorie de malades, prostatiques rétentionnistes et calculeux récidivistes, retirent beaucoup plus de bénéfices d'une intervention plus radicale : la prostatectomie. A ces malades il y a vraiment grand intérêt de proposer l'intervention chirurgicale qui les guérira désormais de tous les maux causés par l'hypertrophie prostatique, et en particulier des récidives calculeuses.

Vu par le Président de la thèse.
ALBARRAN

Vu, le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albarran. — Exposé des travaux scientifiques.

Petit (J.). — De la Prostatectomie périnéale, 1902.

Annales génito-urinaires, année 1902.

Annales génito-urinaires, année 1906 (tome I).

Annales génito-urinaires, année 1906 (tome II).

Annales génito-urinaires, année 1907.

Compte rendu de l'Association française d'urologie, 1896-1897.

Compte rendu de l'Association française d'urologie, 1901.

Compte rendu de l'Association française d'urologie, 1904.

Guyon. — Leçons cliniques des maladies des voies urinaires.

Genouville. — La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique chez l homme.

Legueu. — Traitement de l'hypertrophie de la prostate (avril 1906).

Le Médecin praticien, 16 juillet 1907.

Le Médecin praticien, 20 août 1907.

Le Progrès médical, 27 avril 1907.

Le Progrès médical, 21 septembre 1907.

Le Progrès médical, 19 octobre 1907.

Cathelin. — Journal des Praticiens, décembre 1907.

Traité de Chirurgie de Le Dentu, Delbet. Tome IX.